

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1958

---

962

**Contribution à l'étude  
de la diverticulite aiguë du cæcum**

---

**THÈSE**

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

*(Diplôme d'Etat)*

PAR

**Monsieur ROY Michel-Yves Benjamin Victor**

*Né le 29 Mai 1931, à Paris (14<sup>e</sup>)*

Présentée et soutenue publiquement le 19 Novembre 1958.

M. le Professeur H. DESGREZ, *Président.*

---

IMPRIMERIE DE TRÉVOUX

J. PATISSIER

1959



FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1958

---

**Contribution à l'étude  
de la diverticulite aiguë du cæcum**

---

**THÈSE**

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

*(Diplôme d'Etat)*

PAR

**Monsieur ROY Michel-Yves Benjamin Victor**

*Né le 29 Mai 1931, à Paris (14<sup>e</sup>)*

Présentée et soutenue publiquement le 19 Novembre 1958.

M. le Professeur H. DESGREZ, *Président.*

---

IMPRIMERIE DE TREVoux

J. PATISSIER

1959





## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. BENARD (H.), BROCC (P.), BULLIARD (H.), CADENAT (F.), CHABROL (Et.),  
CHAMPY (C.), CHEVALIER (P.), DEBRE (R.), DONZELOT (E.), GASTINEL (P.),  
GUILLAIN (G.), HALPHEN (E.), HARVIER (P.), HAZARD (R.), HEUYER (G.),  
LAROUCHE (G.), LAUBRY (Ch.), LEMAITRE (F.), LEVY-SOLAL (E.), LHERMITTE  
(J.), LIAN (C.), LOEPER (M.), MARION (G.), MATHIEU (P.), MOCQUOT (P.),  
MONDOR (H.), MONOD (R.), MULON (P.), OLIVIER (E.), RICHEL (Ch.),  
STROHL (A.), TANON (L.), VELTER (E.).

Doyen..... Léon BINET, membre de l'Institut  
Assesseur..... Jean VERNE

### I. — PROFESSEURS

|                                                                                        | MM.                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Anatomie .....                                                                         | CORDIER (G.)               |
| Anatomie pathologique .....                                                            | DELARUE (A.)               |
| Anesthésiologie .....                                                                  | BAUMANN (J.)               |
| Bactériologie .....                                                                    | FASQUELLE (R.)             |
| Biochimie médicale .....                                                               | JAYLE (M. F.)              |
| Biologie appliquée à l'Education Physique et<br>aux Sports .....                       | CHAILLEY-BERT (P.)         |
| Biologie médicale .....                                                                | FAUVERT (R.)               |
| Cancérologie médicale et sociale .....                                                 | BERNARD (J.)               |
| Clinique carcinologique .....                                                          | REDON (H.)                 |
| Clinique de cardiologie .....                                                          | MOUQUIN (M.)               |
| Cliniques chirurgicales Beaujon .....                                                  | SICARD (A.)                |
| » » Cochin .....                                                                       | QUENU (J.)                 |
| » » Hôtel-Dieu .....                                                                   | MENEGAUX (G.)              |
| » » Salpêtrière .....                                                                  | MOULONGUET (G.)            |
| Clinique chirurg. réparatrice et orthopédique .....                                    | MERLE d'AUBIGNE (R.)       |
| Clinique de chirurgie cardio-vasculaire .....                                          | GAUDART-d'ALLAINES (F.)    |
| Clinique de chirurgie infantile et orthopédie .....                                    | FEVRE (M.)                 |
| Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire .....                                          | MATHEY (J.)                |
| Clinique génétique médicale .....                                                      | LAMY (M.)                  |
| Clinique gynécologique .....                                                           | FUNCK-BRENTANO (P.)        |
| Clin. des maladies cutanées et syphilitiques .....                                     | DEGOS (R.)                 |
| Clinique des maladies des enfants .....                                                | CATHALA (J.)               |
| Clinique des maladies infectieuses .....                                               | MOLLARET (P.)              |
| Cliniques des maladies mentales et de l'en-<br>céphale .....                           | DELAY (J.)                 |
| Clinique des maladies métaboliques .....                                               | HAMBURGER (J.)             |
| Clinique des maladies du sang .....                                                    | MARCHAL (G.)               |
| Clinique des maladies du système nerveux .....                                         | ALAJOUANINE (T.)           |
| Clinique médicale Bichat .....                                                         | JUSTIN-BESANCON (L.)       |
| » » Bréussais .....                                                                    | DE GENNES (L.)             |
| » » Cochin .....                                                                       | MOREAU (R.)                |
| » » Hôtel-Dieu .....                                                                   | BARIETY (M.)               |
| Clinique médicale d'hydro-climatologie théra-<br>peutique .....                        | DEBRAY (C.)                |
| Clinique médicale propédeutique .....                                                  | PASTEUR VALLERY-RADOT (L.) |
| Clinique médico-sociale du diabète sucré et<br>des maladies de la nutrition .....      | BOULIN (R.)                |
| Clinique de neuro-chirurgie .....                                                      | PETIT-DUTAILLIS (D.)       |
| Clinique obstétricale Baudelocque .....                                                | LACOMME (M.)               |
| » » Port-Royal .....                                                                   | VARANGOT (J.)              |
| » » Tarnier .....                                                                      | LANTUEJOUL (P.)            |
| Clinique ophtalmologique .....                                                         | RENARD (G.)                |
| Clinique de pédiatrie sociale .....                                                    | MARIE (J.)                 |
| Clinique de pneumo-ptisiologie .....                                                   | BERNARD (E.)               |
| Clinique psychiatrique infantile .....                                                 | MICHAUX (L.)               |
| Clinique de puériculture .....                                                         | LELONG (M.)                |
| Clinique rhumatologique médicale et sociale .....                                      | COSTE (F.)                 |
| Clinique stomatologique .....                                                          | DECHAUME (M.)              |
| Clinique thérapeutique chirurgicale .....                                              | SENEQUE (J.)               |
| Clinique thérapeutique médicale .....                                                  | LEMAIRE (A.)               |
| Clinique urologique .....                                                              | FEY (B.)                   |
| Electrophysiologie médicale (chaire à titre<br>personnel) .....                        | DJOURNO (A.)               |
| Embryologie .....                                                                      | GIROUD (A.)                |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie .....                                       | SOULIE (P.)                |
| Histologie .....                                                                       | VERNE (J.)                 |
| Hygiène et clinique de la première enfance .....                                       | TURPIN (R.)                |
| Hygiène et médecine préventive .....                                                   | JOANNON (C.)               |
| Médecine légale .....                                                                  | PIEDELIEVRE (R.)           |
| Médecine du travail .....                                                              | DESOLLE (H.)               |
| Parasitologie .....                                                                    | GALLIARD (H.)              |
| Pathologie chirurgicale .....                                                          | GOUVELAIRE (R.)            |
| Pathologie exotique .....                                                              | LAVERIE (G.)               |
| Pathologie expérimentale et comparée .....                                             | LENEGRE (J.)               |
| Pathologie humorale et immunologie experi-<br>mentale (chaire à titre personnel) ..... | MERKLEN (F.)               |
| Pathologie médicale .....                                                              | DECOURT (J.)               |
| Pathologie et thérapeutique générales .....                                            | GARCIN (J.)                |
| Pharmacologie et matière médicale .....                                                | CHEYMOL (J.)               |
| Physiologie .....                                                                      | BINET (L.)                 |
| Physique médicale .....                                                                | DOGNON (A.)                |
| Radiologie médicale .....                                                              | DESGREZ (H.)               |
| Technique chirurgicale .....                                                           | PATEL (J.)                 |
| Thérapeutique .....                                                                    | BROUET (G.)                |

## II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES — AGRÉGÉS

|                       |                              |                       |   |                             |
|-----------------------|------------------------------|-----------------------|---|-----------------------------|
| Anatomie .....        | DELMAS (A.)                  | —                     | — | DUBOST (C.)                 |
| —                     | CABROL (C.)                  | —                     | — | FAUREL (J.)                 |
| —                     | DEBEYRE (J.)                 | —                     | — | FLABEAU (F.)                |
| —                     | OLIVIER (G.)                 | —                     | — | GERMAIN (A.)                |
| Anat. pathologique.   | GAUTHIER-                    | —                     | — | GOSSET (J.)                 |
| —                     | VILLARS (M <sup>le</sup> P.) | —                     | — | LAURENCE (G.)               |
| —                     | BUSSER (F.)                  | —                     | — | LORTAT-                     |
| —                     | GOUYGOU (Ch.)                | —                     | — | JACOB (J.)                  |
| Anesthésiologie ....  | N... N...                    | —                     | — | OLIVIER (Cl.)               |
| Bactériologie .....   | NEVOT (A.)                   | —                     | — | POILLEUX (F.)               |
| —                     | CHRISTOL (D.)                | —                     | — | THOMERET (G.)               |
| —                     | TOURNIER (P.)                | —                     | — | VERNE (J. M.)               |
| —                     | BARBIER (P.)                 | —                     | — | N... N...                   |
| Biochimie médicale.   | ETTORI (J.)                  | Pathologie expérim.   | — | LEPER (J.)                  |
| —                     | DESGREZ (P.)                 | —                     | — | MAURICE (P.)                |
| —                     | POLONOVSKI (J.)              | Pathologie médicale   | — | HAGUENEAU (J.)              |
| —                     | SCHAPIRA (G.)                | —                     | — | BOUDIN (G.)                 |
| Biologie médicale..   | BOUILLIERE (F.)              | —                     | — | BOUVIER (J. B.)             |
| Carcinologie .....    | N... N...                    | —                     | — | BRICAIRE (H.)               |
| Dermato-syphiligr. .  | DUPERRAT (B.)                | —                     | — | BRISAUD (H.)                |
| Electro-radiologie .. | N...                         | —                     | — | CASTAIGNE (P.)              |
| Embryologie .....     | TUCHMANN-                    | —                     | — | CONTE (M.)                  |
| —                     | DUPLESSIS (H.)               | —                     | — | DEROT (M.)                  |
| Hématologie .....     | N... N...                    | —                     | — | DOMART (A.)                 |
| Histologie .....      | COUJARD (R.)                 | —                     | — | LAMOTTE (M.)                |
| —                     | N...                         | —                     | — | LAROCHE (C. P.)             |
| —                     | N...                         | —                     | — | MACREZ (Cl.)                |
| Hydrologie .....      | CORNET (A.)                  | —                     | — | MILLIEZ (P.)                |
| Hygiène .....         | BOYER (J.)                   | —                     | — | PEQUIGNOT (H.)              |
| —                     | DEPARIS (M.)                 | —                     | — | RAMBERT (P.)                |
| Malad. infectieuses.  | BASTIN (R.)                  | —                     | — | ROYER (P.)                  |
| Médecine légale ...   | GAULTIER (M.)                | —                     | — | THIEFFRY (St.)              |
| —                     | HADENGUE (A.)                | —                     | — | TURIAF (J.)                 |
| Médecine du travail   | ALBAHARY (C.)                | —                     | — | WOLFROMM (R.)               |
| Neuro-chirurgie ...   | DAVID (M.)                   | —                     | — | N...                        |
| Neurologie .....      | LHERMITE (F.)                | —                     | — | N...                        |
| Obstétrique .....     | GRASSET (J.)                 | Pédiatrie .....       | — | JOSEPH (R.)                 |
| —                     | LE LORIER (G.)               | —                     | — | MOZZICONACCI                |
| —                     | LEPAGE (F.)                  | —                     | — | POLONOVSKY (C.)             |
| —                     | MERGER (R.)                  | Pharmacologie ....    | — | LEVY (Mile J.)              |
| —                     | MORIN (P.)                   | —                     | — | N...                        |
| —                     | RAVINA (J.)                  | Physiologie .....     | — | BARJETON (D.)               |
| —                     | ROBEY (M.)                   | —                     | — | PARROT (J.)                 |
| Ophthalmologie ....   | BREGEAT (P.)                 | —                     | — | DEJOURS (P.)                |
| —                     | DESIGNES (P.)                | Physique médicale..   | — | GOUGEROT (L.)               |
| Orthopédie .....      | JUDET (R.)                   | —                     | — | N...                        |
| Oto-rhino-laryngol.   | AUBRY (M.)                   | Pneumo-ptisilogie     | — | KREIS (B.)                  |
| —                     | MADURO (R.)                  | Psychiatrie .....     | — | PICHOT (P.)                 |
| Parasitologie .....   | BRUMPT (L. C.)               | Psychiatrie infantile | — | N...                        |
| —                     | CHABAUD (A.)                 | Rhumatologie .....    | — | DELBARRE (F.)               |
| Pathologie chirurg..  | RUDLER (J.)                  | Stomatologie .....    | — | CERNEA (P.)                 |
| —                     | ABOULKER (P.)                | —                     | — | CHAPUT (M <sup>me</sup> A.) |
| —                     | BARCAT (J.)                  | Thérapeutique ....    | — | CHASSAGNE (P.)              |
| —                     | CAUCHOIX (J.)                | —                     | — | PERRAULT (M.)               |
| —                     | —                            | Urologie .....        | — | KUSS (R.)                   |

## III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

|                     |               |                      |                |
|---------------------|---------------|----------------------|----------------|
| Clinique chirurgic. | AMELINE (A.)  | Clinique médicale..  | KOURILSKY (R.) |
| —                   | HUGUIER (J.)  | Clin. neurologique.  | DE SEZE (S.)   |
| —                   | LEGER (L.)    | Clin. obstétricale.. | MAYER (M.)     |
| —                   | PADOVANI (P.) | Clin. ophtalmolog.   | OFFRET (G.)    |
| —                   | ROUX (M.)     | Clin. pédiatrique... | LAPLANE (R.)   |
| Clinique médicale.. | DREYFUS (G.)  | Clin. psychiatrique. | BARUK (H.)     |

|                                           |                         |
|-------------------------------------------|-------------------------|
| Secrétaire général de la Faculté.....     | M. MOREL (J.)           |
| Secrétaire adjointe .....                 | Mlle CHAINTREUIL (G.)   |
| Conservateur, chargé de la direction..... | M. le Docteur HAHN (A.) |
| Conservateurs .....                       | Mlle DUMAITRE (P.)      |
| —                                         | Mlle GOICHON (A. M.)    |
| Bibliothécaire .....                      | Mme CONTET (J.)         |
| Bibliothécaire .....                      | Mlle LAURENT (H.)       |
| Bibliothécaire .....                      | Mlle LE NOIR (G.)       |
| Bibliothécaire .....                      | Mlle QUIEVREUX (E.)     |

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

## A NOTRE GRAND-PERE

*Dont la vie longue et courageuse est  
pour nous le symbole de la droiture.*

## A NOS GRANDS-PARENTS PATERNELS

## A NOTRE GRAND-MERE MATERNELLE

*En hommage à leur mémoire.*

## A NOS PARENTS

*Qui, par leur perspicacité, leur travail, leurs encouragements et leurs sacrifices nous ont permis de mener à bien nos études. Qu'ils trouvent dans ce modeste travail l'expression de notre reconnaissance et de notre amour filial.*

## A NOTRE EPOUSE

*Dont la tendresse ineffable fût pour nous le meilleur soutien moral lors de notre séjour loin de la terre natale. Nous offrons ce faible témoignage de notre amour.*

## A NOS AMIS

## A NOS CAMARADES



A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI DESGREZ

PROFESSEUR DE LA CHAIRE DE RADIOLOGIE MÉDICALE  
DE LA FACULTÉ DE PARIS

RADIOLOGUE DE L'HÔPITAL LAENNEC

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui nous a fait le grand honneur  
d'accepter la présidence de notre  
thèse.*

*Qu'il trouve ici l'expression de  
notre haute vénération et de notre  
respectueuse reconnaissance.*



## Introduction

---

L'idée d'étudier l'inflammation aiguë de la diverticulose cæcale nous est venue après avoir été mis en présence d'un tel cas à Huron Road Hospital (1).

Il s'agit d'une urgence chirurgicale très rare. De ce fait, elle constitue un sérieux problème diagnostique et surtout thérapeutique. Non pas qu'elle revête un aspect clinique difficile à interpréter : c'est plutôt l'apparence banale de cet abdomen aigu qui permet à l'erreur de s'insinuer dans l'esprit du médecin insuffisamment informé.

Peu de descriptions existent ; elles ne sont que sporadiques et quelquefois incomplètes.

Nous verrons que malgré l'abondance des signes cliniques, il est difficile de faire naître une entité bien définie. Une ressemblance frappante avec l'appendicite aiguë ou une évocation quasi évidente d'un cancer infecté du cæcum rendent le diagnostic différentiel particulièrement délicat.

Des opinions contradictoires ont été émises quant au traitement. D'une façon générale, celui-ci est étroitement lié au diagnostic et aux formes anatomo-pathologiques des lésions. Faire une excision simple ou pratiquer une résection du colon droit en face d'une masse œdémateuse dont le nom peut être diverticulite ou cancer est un dilemme que même la biopsie extemporanée ne résout pas.

Une meilleure connaissance des diverticulites du cæcum peut, dans de telles circonstances, influencer la décision du chirurgien.

Par la présentation de diverticulites aiguës et silencieuses, celles-là retrouvées à l'examen radiologique, nous essayerons de retracer l'histoire de la maladie. Aidés par des articles ; déjà publiés, nous tenterons d'établir la fréquence de la maladie, son étiologie et ses signes cliniques et nous envisagerons les divers traitements.

Puissions-nous faire ainsi une utile mise au point de cet intéressant problème qui touche aussi au domaine de la radiologie.

---

## Historique

---

L'honneur de la toute première description de la diverticulite du cæcum revient à F. POTIER en 1912. Nous ne pouvons pas ne pas reproduire ici quelques extraits, sinon la publication entière :

« Une personne à notre service, âgée de 32 ans est prise de douleurs dans le ventre, coïncidant avec l'arrêt brusque de ses règles parues le jour même dans l'après-midi du 21 juin 1909... Trois jours après, le jeudi soir, elle est obligée de s'aliter, en proie à des douleurs violentes diffuses dans tout l'abdomen. Elle est prise de vomissements alternant avec une diarrhée intense... Le lendemain... le ventre est douloureux à la pression sur toute son étendue. Les deux jours suivants, le tableau reste le même... ».

(Elle est admise le 24 juin). — (Après plusieurs jours. le diagnostic d'appendicite est envisagé).

(Après récurrence des signes) « l'opération est décidée pour le 29 juillet ». (Le doigt) « rencontre en avant du cæcum un diverticule intestinal accolé par son extrémité à la face postérieure de la paroi abdominale sur la surface du péritoine... Monsieur le Docteur MOREAU le sectionna au ciseau après ligature. A l'examen, le diverticule ainsi enlevé se présente sous l'aspect d'un prolongement intestinal en doigt de gant dans la cavité duquel on peut introduire l'extrémité de l'index... » ;

D'emblée, POTIER et ses collègues remarquèrent combien il est difficile d'apprécier le rôle de l'appendice et du diverticule.

Depuis lors, plusieurs cas ont été publiés successivement. En 1913, de QUEVRAIN en Suisse fit le premier diagnostic radiologique, et, en 1914, aux Etat-Unis, CASE en établit les signes particuliers.

Citons les articles de LECÈNE en 1926, BARBIER en 1938, GENET, MOUCHET et MARQUAND en 1951, SAUTOT en 1955.

ANDERSON, en 1947, rassembla tous les cas connus, au nombre de 94, et y ajouta 8 cas personnels.

En 1957, GREANAY et SNYDER rassemblèrent 106 cas auxquels ils additionnèrent ceux de 14 de leurs malades.

Si l'on considère encore 3 cas de R.-W. MANN et 4 de DEGENSHEIN et les nôtres, nous arrivons à un total de 282 cas de diverticulite aiguë du cæcum.

---

# Présentation de deux cas aigus

---

## CAS N° 1

Le 27 février 1945, à 11 h. 45 du matin, une jeune femme de 21 ans est admise à Huron Road Hospital. Depuis deux jours, elle se plaint de crampes violentes et diffuses dans tout l'abdomen et de nausées. Elle ne vomit pas jusqu'au moment de l'admission.

Rien n'est retrouvé parmi les antécédents en dehors d'une fracture de jambe et d'une amygdalectomie.

A l'examen, la malade n'est pas déshydratée. La température est de 38°5 C. Le pouls est à 120. Il y a un certain degré de défense et de rigidité de la paroi abdominale à droite. La fosse iliaque droite est douloureuse à la pression et la douleur à la détente y est facilement retrouvée.

Les résultats des examens complémentaires sont les suivants :

Hémoglobine : 96 %.

Numération sanguine : 4.460.000.

Formule sanguine : 25.500 globules blancs.

92 % de neutrophiles.

6 % de lymphocytes.

2 % de monocytes.

La malade est réhydratée par voie intra-veineuse et l'aspiration gastrique est mise en œuvre aussitôt.

A 17 h. 30, par une incision verticale au long du bord externe du grand droit de l'abdomen, le cæcum est découvert. Un premier diverticule, sans inflammation, est trouvé en avant et en dessous de la jonction iléo-cæcale. Sur la partie inférieure du cæcum, il y a deux diverticules gan-

grénés. Un large coprolithe est trouvé dans l'extrémité inférieure du cæcum. Les deux diverticules sont réséqués. Le cæcum est saturé au catgut. Cinq grammes de Sulfathiazol et de Sulfanilamide sont placés dans l'abdomen. Une iléostomie est pratiquée par insertion d'un tube de caoutchouc.

Le lendemain, la malade peut prendre quelques gorgées d'eau. Le 3 mars, le tube gastrique est retiré et le régime liquide est institué. Le 7, l'alimentation normale est possible. Le 10, le tube d'iléostomie est enlevé. Le 18, la malade quitte l'hôpital sans plus de complication.

Le rapport d'anatomie pathologique était : péritonite aiguë.

#### CAS N° 2

Le 11 décembre 1957, un homme de 65 ans est amené à la salle d'urgence pour une douleur aiguë dans la fosse iliaque droite. L'interrogatoire révèle que celle-ci fait suite à une douleur diffuse de tout l'abdomen apparue deux jours plus tôt.

A l'examen de ce malade, modérément obèse et déshydraté, l'abdomen présente une défense généralisée mais modérée. Le péristaltisme intestinal est absent. A la palpation, il y a une douleur vive dans la fosse iliaque droite, mais aucune masse n'est perçue. La moitié supérieure droite de l'abdomen est légèrement douloureuse. La douleur à la détente est présente.

Les examens de laboratoire sont les suivants :

|                        |                         |
|------------------------|-------------------------|
| Hémoglobine .....      | 105,8.                  |
| Hématocrite .....      | 46 %.                   |
| Formule sanguine ..... | 15.450 globules blancs. |
| Neutrophiles .....     | 85 %.                   |
| Lymphocytes .....      | 14 %.                   |

Une incision abdominale transverse basse met en évidence une masse inflammatoire située sur le flanc externe du cæcum. Ceci pouvait représenter soit une tumeur mali-

gne, soit un diverticule perforé bouché ou un corps étranger. Seule un peu de péri-appendicite était présente.

Le cæcum est ouvert et un diverticule perforé peut être sondé de dedans en dehors. Une biopsie extemporanée du cæcum ne révèle que des tissus inflammatoires.

Il est donc décidé de pratiquer un traitement conservateur. Une cæcostomie est pratiquée au moyen d'un gros cathéter champignon et un drain est placé dans la région abcédée. A titre prophylactique, l'appendice, normal, est enlevé selon la technique habituelle.

Réhydratation, apport calorique et conservation de l'équilibre électrolytique sont assurés par voie intra-veineuse. Pénicilline-Procaïne et Streptomycine sont administrées deux fois par jour.

Le premier jour post-opératoire, s'installe un iléus paralytique avec un ballonnement abdominal considérable. Un long tube de Miller-Abbott décompresse le duodénum avec succès. Le deuxième jour, des difficultés respiratoires apparaissent ; râles humides dans les deux champs pulmonaires et légère cyanose des extrémités et de la face. Une fibrillation auriculaire s'y ajoute.

Aminophylline et digitaline sont administrées. Mais c'est surtout la bronchoscopie qui amènera une amélioration en débarrassant les bronches du malade des épaisses mucosités qui les encombrent.

Peu de changement jusqu'au septième jour : bien que le tube, maintenant dans le grêle, fonctionne bien, l'iléus persiste. Polypnée, cyanose, atélectasie pulmonaire et surélévation du diaphragme accompagne l'état toxique du malade.

Deux autres bronchoscopies ramènent une quantité considérable de mucus. La température monte à 39° C. et la déshydratation s'accroît. La diurèse est insuffisante. Le tube de cæcostomie fonctionne bien. Le huitième jour, l'urée atteint 1,20 gr. par litre, la créatinine 3,5 et l'ictérus index est à 21. L'urine, maintenant évacuée en quantité satisfaisante, est de couleur brune. L'ictère est évident. Les protides du sérum sont bas : 5,15 avec une albumine à 3,85 et une globuline à 1,30. Le neuvième jour, le malade

est toujours très agité, irrationnel, polypnéique. Cependant la couleur de l'urine est plus claire et sa densité est 1,020. Le dixième jour, l'ictère a disparu. Les électrolytes sériques sont restés dans des limites normales. Le malade est plus calme. Le onzième jour, le transit intestinal est rétabli. Le treizième jour, le malade est conscient, bien orienté et sa respiration est pratiquement normale. L'urée est revenue à 0,36 gr. et la créatinine à 14,5 mgr./l. Le seizième jour, il peut se nourrir par la bouche. Il quittera l'hôpital le 8 janvier 1958, complètement rétabli.

La biopsie du cæcum, petit fragment de couleur rose et blanc-gris de consistance caoutchouteuse, donne lieu au rapport suivant : exsudat inflammatoire avec nécrose des tissus adipeux. Commencement d'organisation de l'exsudat par endroits. Dépôt de fibrine avec infiltration hémorragique et purulente.

Ce malade fut suivi régulièrement. La fistule cæcale ne s'est pas oblitérée spontanément et continue à drainer légèrement des matières fécales. Lorsqu'il est hospitalisé de nouveau le 23 juillet 1958, un abcès sous-cutané s'est formé au niveau de l'incision, pourtant bien cicatrisée.

Après débridement et évacuation de cette collection purulente, la plaie a été remplie d'une mèche à l'iodeforme et une cicatrisation secondaire se poursuit dans de bonnes conditions. L'état général n'a pas été affecté par cette complication, et cette dernière n'a pas empêché le patient de vaquer à ses occupations habituelles.

A la fin du mois de septembre 1958, le drainage s'est totalement tari et la cicatrisation est complète.

---

## Incidence

---

Nous considérerons la fréquence d'apparition de la diverticulite aiguë nécessitant l'intervention d'urgence. D'autre part, nous essayerons d'évaluer la fréquence des diverticuloses du cæcum. Ces derniers résultats ont été obtenus par étude d'autopsies ou de clichés radiologiques.

La survenue d'une diverticulite aiguë du cæcum dépend de la réunion de plusieurs conditions. Il faut qu'il existe des diverticules du colon, qu'au moins un d'entre eux soit localisé au cæcum et qu'il devienne le siège d'une infection. Certains auteurs affirment que les diverticules du cæcum doivent être uniques pour produire une diverticulite aiguë (SAUTOR). Il nous a semblé que dans la littérature, la plupart d'entre elles étaient dues à des diverticules solitaires. Cependant un nombre apparemment non négligeable d'inflammations de diverticules multiples a été publié. Dans l'un de nos cas, deux diverticules ont été trouvés. A chaque fois que l'une de ces conditions est remplie, les possibilités d'apparition de la maladie diminuent.

Le simple total de 282 depuis 1912 constitue une portion infime des causes d'abdomen aigu. Il n'est point besoin d'une statistique précise pour en être convaincu. Néanmoins aucun chirurgien n'est à l'abri d'une surprise. Témoins les 18 ans qui s'écoulèrent avant que R.-W. MANN ne fit ce diagnostic trois fois en douze mois.

L'existence latente de diverticules du colon sans préjudice de leur emplacement est relativement fréquente. La plupart sont des découvertes radiologiques.

15 % d'entre eux seulement donneront naissance à des manifestations cliniques infectieuses. Et, parmi ces derniers 75 % résident dans le sigmoïde.

Le nombre des diverticules, d'une façon générale, décroît lorsqu'on suit le colon de gauche à droite.

C'est ainsi que dans une série d'autopsies, 1,5 % seulement des diverticules sont situés dans la moitié droite du gros intestin (DEXTER). ANDERSON a trouvé 8 diverticules cæcaux parmi 700 cas de diverticulose colique. Ce pourcentage de 0,11 % est identique à celui de 0,1 % rapporté par J.-J. LEICHTING. Une valeur plus élevée a été trouvée par PIMBERTON : 8,5 % au cours de l'étude de 47.000 lavements barytés. Cette différence, considérable puisqu'elle est dans un rapport de 1 à 85, nous a amenés à revoir les lavements barytés du service de radiologie de Huron Road Hospital.

Aucune sélection n'a été faite quant au choix des films, de leur date ou des motifs qui ont poussé le médecin à les prescrire. Nous avons simplement relevé la liste des malades qui subirent cet examen en décembre 1957, janvier, février, mars et avril 1958. Des urgences aussi bien que des radiographies destinées à compléter un examen ou à éclairer un diagnostic défailant sont incluses dans cette série de 632 lavements barytés.

Les raisons cliniques à l'origine de cet examen complémentaire sont le plus souvent des troubles intestinaux qui ne suffisent pas à dessiner un tableau clinique à eux seuls. Quelquefois la présence d'un peu de sang dans les selles, d'autres fois la simple présence de banales hémorroïdes avait fait suspecter une tumeur intestinale.

TABLE I  
*Pourcentage de diverticules latents du cæcum.*

|                                          |        |
|------------------------------------------|--------|
| Diverticules du cæcum .....              | 5      |
| Diverticules du côlon restant .....      | 95     |
| Lésions diverses du côlon.....           | 23     |
| Total des côlons normaux .....           | 509    |
| Total des lavements barytés.....         | 632    |
| Lavements barytés pathologiques.....     | 19,4 % |
| Proportion de diverticules du cæcum..... | 5 %    |

123 colons, soit 19,4 % du total présentent des lésions dont 23 sont tout autres que des diverticules : polypes,

tumeurs de la paroi intestinale, colite ulcéreuse, malrotation ou redondance du colon. Un cas d'obstruction totale qui pouvait faire penser à une tumeur maligne de la jonction rectosigmoïdienne était en fait dû à une vieille diverticulite du sigmoïde. Il reste 100 diverticules du colon anatomiquement répartis comme le montre la table n° 2.

De loin, la diverticulose sigmoïdienne est la plus fréquente. Le plus souvent les diverticules y sont multiples. Un seul cas a présenté un diverticule solitaire du sigmoïde. C'est le sigmoïde qui est le plus souvent associé aux autres segments intestinaux porteurs de lésions.

Bien que cela sorte du cadre de cette étude, nous pourrions cependant noter l'association au diverticule sigmoïdien d'un diverticule duodénal dans 4 cas et jéjunal dans un cas.

Une fois, un cancer du sigmoïde était associé au diverticule. Nous reviendrons sur ce problème, mais au sujet du cæcum seulement.

TABLE II

*Répartition des diverticules dans le côlon.*

|                                            |     |
|--------------------------------------------|-----|
| Sigmoïde .....                             | 48  |
| Côlon descendant .....                     | 5   |
| Côlon transverse .....                     | 1   |
| Côlon ascendant .....                      | 1   |
| <hr/>                                      |     |
| Cæcum .....                                | 1   |
| Cæcum et autres locations .....            | 4   |
| Sigmoïde et C. descendant .....            | 22  |
| Sigmoïde et C. transverse .....            | 2   |
| Sigmoïde et C. ascendant .....             | 2   |
| C. transverse et ascendant .....           | 3   |
| <hr/>                                      |     |
| C. sigmoïde, descendant, transverse .....  | 5   |
| C. sigmoïde, transverse, ascendant .....   | 2   |
| C. descendant, transverse, ascendant ..... | 1   |
| <hr/>                                      |     |
| C. sigm., desc., trans., ascendant .....   | 3   |
| <hr/>                                      |     |
| Autres lésions .....                       | 23  |
| <hr/>                                      |     |
| Total .....                                | 123 |

En deux occasions, le baryum a révélé des diverticules sigmoïdiens perforés. Ceci n'arrive pas dans le cas de perforation au niveau du cæcum car les signes cliniques y sont beaucoup moins silencieux qu'à l'autre extrémité de l'intestin.

D'emblée nous avons vu que les diverticules du cæcum sont infiniment plus rares. Nous en avons trouvé 5 et, parmi eux, 4 sont associés à une diverticulose des autres segments intestinaux. Dans 4 cas les diverticules sont multiples, au nombre de 2 à 4 et une fois seulement est rencontré le diverticule solitaire du cæcum.

Certains auteurs admettent que seul un diverticule solitaire du cæcum peut être à l'origine d'une infection aiguë suivie de perforation. Cette hypothèse est tentante car elle explique pourquoi ce syndrome est rare. Nous ne pensons pas qu'elle soit entièrement justifiée car un de nos deux cas présentait deux diverticules gangrénés. Il existe quelques observations semblables dans la littérature. Plus raisonnable est la possibilité que les diverticules du sigmoïde, associés à ceux du cæcum, s'infectant plus souvent comme on le sait déjà, agissent comme soupape de sûreté. Si maintenant on considère la fréquence d'apparition des diverticules dans chaque segment intestinal, comme indiqué dans la table III, on verra aisément qu'elle s'accroît sensiblement comme une progression géométrique dont la raison serait voisine de 2.

C'est une bonne représentation de la rareté des diverticules du cæcum rencontrés dans 5 % des cas seulement (Table IV).

TABLE III

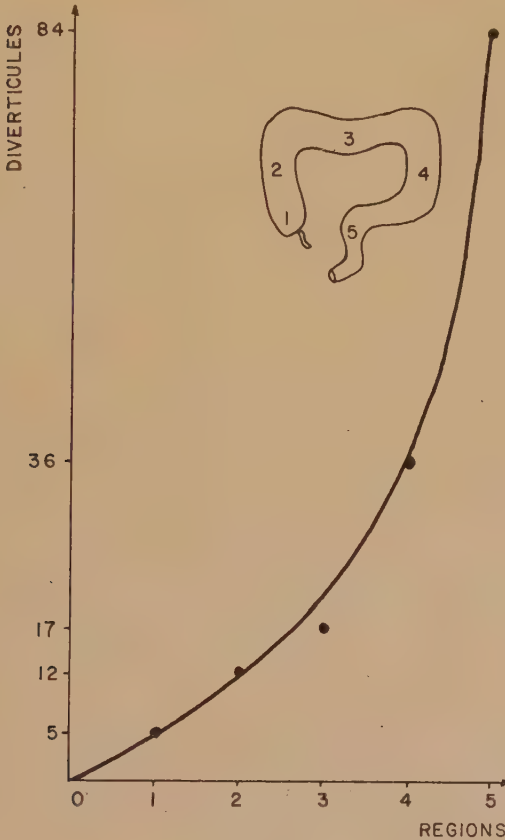
*Répartition des diverticules dans le côlon.*

|                           |    |
|---------------------------|----|
| 1. Cæcum .....            | 5  |
| 2. Côlon ascendant .....  | 12 |
| 3. Côlon transverse ..... | 17 |
| 4. Côlon descendant ..... | 36 |
| 5. Sigmoïde .....         | 84 |

Le diverticule solitaire n'entre que dans la proportion de 1 % seulement.

TABLE IV

*Représentation graphique de la répartition des diverticules dans le côlon.*



Existe-t-il une relation entre l'âge ou le sexe et l'inflammation aiguë des diverticules cœcaux ou l'apparition de diverticules symptomatiques ?

De nos deux cas aigus, l'un est un homme de 65 ans et l'autre une femme de 21 ans. Dans notre revue de lavements barytés, trois femmes âgées respectivement de 48, 71 et 80 ans et deux hommes âgés de 40 et 62 ans

constituent le groupe de patients atteints de diverticules latents. Ce matériel n'est pas suffisant pour tirer des conclusions. Une fois de plus, nous avons recours à des rapports déjà publiés.

Pour DEXTER, les âges limites sont 3 et 69 ans, tandis que pour KIRK, le plus jeune malade a 10 ans et le plus vieux 72 ans. A vrai dire, on peut en conclure qu'aucune époque de la vie n'est épargnée. La fréquence des cas aigus est cependant plus élevée entre la troisième et la sixième décade, 38 ans étant l'âge moyen (KIRK).

D'une façon générale, la diverticulite du cæcum apparaît 10 ans plus tôt que celle du colon gauche, écrit DEGENSHEIN, qui, en outre, ne reconnaît aucune influence due au sexe. Il semble raisonnable d'affirmer que, dans l'état actuel de nos connaissances, hommes et femmes se retrouvent à parties égales.

---

## Etiologie

---

Plusieurs causes de formation des diverticules ont été invoquées. En fait, il n'en est qu'une qui explique leur présence à n'importe quel âge de la vie : c'est la persistance anormale des multiples appendices transitoires de la vie intra-utérine. Cette théorie a encore l'avantage d'expliquer le fait que la majorité des diverticules cœcaux solitaires sont des diverticules vrais, c'est-à-dire constitués par les trois couches de la paroi intestinale.

D'autres, déniées par DEGENSHEIN, ont cependant l'intérêt de jeter un peu de lumière sur les diverticules acquis et les pseudo-diverticules. Un point de faiblesse inhérent à la paroi du cæcum et souvent centré sur un vaisseau perforant peut donner naissance à un diverticule, à lui seul ou combiné à une augmentation de la pression intracolique. La constipation chronique aurait un rôle non négligeable. Enfin, une intervention chirurgicale antérieure, une appendicectomie surtout, peut en être le point de départ si elle est suivie d'un des processus suivants :

- Eversion de la paroi cœcale entre deux bandes anatomiques constrictives.
- Traction par adhérences.
- Eversion d'un point faible provoquée par la migration d'une suture en bourse.
- Formation d'un abcès dans le moignon appendiculaire.

A notre avis ces dernières causes n'ont qu'une valeur très secondaire car, en fait, la plupart des diverticulites aiguës s'observent chez des sujets porteurs de leur appendice.



## Anatomie pathologique

Les diverticules du cæcum appartiennent le plus souvent au groupe des diverticules vrais. Leur paroi est formée par les trois couches intestinales : la muqueuse, la musculuse et la séreuse.

Plus rarement ils sont des pseudo-diverticules. C'est-à-dire que seule la muqueuse forme une hernie au travers de la musculuse, hernie qui peut distendre la séreuse ou rester cachée dans son épaisseur de telle sorte que les diverticules ne peuvent être reconnus que par l'inspection soigneuse de la muqueuse.



*Pseudo-diverticule du cæcum.*

Quelle que soit leur constitution, ils peuvent affecter toutes les faces du cæcum sans avoir de prédilection pour aucun point précis (O'CALLAGHAN). Cependant on notera qu'ils n'apparaissent jamais sur les bandelettes longitudinales. Leur dimension peut être comprise entre un centimètre et la taille d'une tête d'enfant.

En cas d'infection aiguë le tableau est tout différent. Si quelquefois il est possible d'identifier un diverticule perforé ou infecté par inspection du cæcum, plus souvent la présence d'inflammation entourant la base du diverticule ou même transformant tout le cæcum en une masse

inflammatoire œdémateuse masque aux yeux du chirurgien l'origine véritable du mal.

Les images microscopiques sont celles d'une inflammation aiguë classique associée ou non à des hémorragies locales ou à des débuts d'organisation.

A l'examen cytologique, il faudra toujours rechercher des cellules malignes pour ne pas passer à côté d'un cancer du cæcum. Le plus grand dilemme du diagnostic et du traitement est là. Nous reviendrons sur ce point dans la suite.

---

## Signes cliniques

---

J.-C. WAITE a écrit en 1954 : « La diverticulite cæcale est plus communément une cause de douleur dans le quadrant inférieur droit qu'il n'est indiqué dans la littérature ». Voilà qui nous a poussés à rechercher des signes cliniques dans les antécédents des malades opérés pour une crise aiguë et chez les patients qui, venus consulter pour quelque trouble abdominal, ont été trouvés porteurs de diverticules.

Dans la littérature aucun rapprochement n'a été fait entre la découverte radiologique de ces appendices surnuméraires et des signes cliniques spécifiques. Evidemment nous ne tiendrons pas compte des signes de diverticulite gauche qui en ont permis le diagnostic accidentel.

Jamais les observations de diverticulite aiguë du cæcum ne font mention de symptômes intestinaux dans le passé pathologique des opérés.

Parmi les cinq cas de notre série de lavements barytés, un homme de 62 ans et une femme de 80 ans furent admis à la suite de troubles intestinaux. Le premier souffrait d'hémorragies rectales distillantes depuis quatre mois et d'hypertension artérielle. De plus sa diverticulose était généralisée. La seconde fut admise à l'hôpital pour douleur dans la moitié inférieure de l'abdomen, constipation et tumeur palpable dans le quadrant inférieur droit. Symptômes bien mieux expliqués par la découverte d'un cancer du cæcum que par celle de diverticules.

Les trois autres malades furent traités pour des maladies sans rapport avec le sujet de cette étude et aucune manifestation clinique ne laissait prévoir les découvertes radiologiques.

Nous sommes enclins à penser que les diverticules cæcaux sont parfaitement silencieux jusqu'à l'éventuelle infection, imprévisible et soudaine. Celle-ci, lorsqu'elle apparaît, donne lieu au tableau suivant :

Le malade est amené à l'hôpital avec une douleur abdominale aiguë, intense, plus souvent diffuse que localisée à droite, durant depuis deux jours. Cette douleur peut, soit rester diffuse, à type de crampes, soit émigrer dans la fosse iliaque droite. Elle est accompagnée de nausées et plus rarement de vomissements. Une constipation peut exister. La température est à 38 ou 39° C. L'état général est moins altéré que ne le ferait craindre la durée de la maladie et la déshydratation n'est pas fréquente.

Les signes physiques sont plus riches : il existe une douleur vive à la palpation de l'abdomen, localisée le plus souvent à droite dans la fosse iliaque, mais quelquefois diffusée à toute la paroi abdominale qui peut être le siège d'une certaine défense ou même de rigidité. Le péristaltisme peut être absent. La douleur à la détente est fréquente et le plus souvent étendue à tout l'abdomen. On ne saurait compter sur la découverte d'une masse au niveau du cæcum qui, même si elle est retrouvée, peut désorienter le médecin au lieu de le guider. Le toucher rectal peut quelquefois révéler une douleur à droite.

La formule sanguine montrera l'association d'une neutrophilie associée à une hyperleucocytose en général modérée (12.000 — 20.000).

#### *Formes cliniques :*

Formes du vieillard chez qui la réponse à l'infection peut être atténuée.

Formes où le diverticule se perfore d'emblée, aggravant ainsi les signes de péritonite aiguë.

Formes perforées-bouchées avec une amélioration temporaire.

Formes gangrénées.

Formes associées à une autre maladie.

Formes anatomiques : le cœcum peut être situé dans une position haute s'il y a eu rotation incomplète de l'intestin. Diverticule solitaire ou multiple.

Association à une diverticulite généralisée.

Quelle valeur, en fait, devons-nous accorder à chacun de ces signes. KIRK a relevé la fréquence d'apparition de chacun d'eux. Voici, rangés dans un ordre décroissant :

1° Les symptômes obtenus à l'interrogatoire :

|                                            |      |
|--------------------------------------------|------|
| Douleur dans la fosse iliaque droite ..... | 95 % |
| Nausée .....                               | 30 % |
| Anorexie .....                             | 24 % |
| Constipation .....                         | 16 % |
| Vomissements .....                         | 15 % |
| Diarrhée .....                             | 11 % |
| Fièvre et frissons .....                   | 6 %  |

2° Les signes mis à jour par l'examen physique :

|                                 |      |
|---------------------------------|------|
| Douleur à la palpation .....    | 86 % |
| Spasme ou défense .....         | 48 % |
| Douleur à la détente .....      | 36 % |
| Masse abdominale .....          | 23 % |
| Douleur au toucher rectal ..... | 16 % |

Enfin il estime que le nombre moyen des globules blancs est de 13.087 avec un minimum de 6.100 et un maximum de 22.950.

Il résulte de cela que les signes les plus constants sont : douleur à droite, nausée, anorexie, douleur à la palpation, spasme ou défense, douleur à la détente.

A cela nous croyons devoir ajouter que bien souvent l'installation de la douleur n'obéit pas à un plan bien établi et familier, comme celui souvent suivi par la crise appendiculaire.

---



## Signes radiologiques

---

L'examen d'un abdomen aigu ne saurait être complet sans un cliché de l'abdomen en position couchée et, si nécessaire debout ou en décubitus latéral. Malheureusement, dès qu'une appendicite banale est suspectée, on admet à priori que les renseignements apportés par la radiologie sont minimes. La vérité est que l'on néglige de parfaire le diagnostic différentiel.

Un lavement baryté, administré avec précautions, peut fort bien mettre le diverticule en évidence, comme l'ont montré NISSENBAUM, PARKS et ELLISSON. Quinze malades furent examinés par ce procédé et, chez quatre d'entre eux, furent trouvés des diverticules caëaux. La preuve chirurgicale en fut faite peu après.

A cela le chirurgien, conscient de la fragilité du cæcum et des risques de péritonite, peut objecter qu'il est peut indiqué d'utiliser du baryum en présence d'un abdomen aigu, surtout si l'on craint une perforation ou si l'on envisage la possibilité d'une résection intestinale. De plus, un coprolithe existe souvent et ne permet pas au produit de contraste de dessiner le diverticule qui le contient.

Cependant GOLDEN prétend que beaucoup de diverticules obstrués par un coprolithe apparaîtront sur le film comme un anneau entourant ce dernier. En tous cas un cliché sans préparation sera sans danger pour le malade et peut révéler un coprolithe dans un tiers des cas.

Pour BECK et HOPKINS, ce signe radiologique est de valeur et devrait entrer, comme ils l'ont proposé, dans la triadé diagnostique suivante :

1. Coprolithes.
2. Symptômes répétés d'une inflammation du quadrant inférieur droit de l'abdomen.
3. Absence chirurgicale de l'appendice.

Enfin, dans le cas de diverticules cæcaux latents et, qui nous l'avons vu, sont remarquables par la pauvreté de leur traduction clinique, le lavement opaque est l'élément diagnostique de premier choix.

Il sera pratiqué après évacuation soigneuse du colon. Les images de réplétion montreront les diverticules s'ils sont placés tangentielllement. Les images d'évacuation mettront en évidence des ombres arrondies constituées par le produit opaque retenu dans chaque diverticule.

Pour terminer, notons qu'il est sage de pratiquer un examen radiologique à la fin de la convalescence suivant l'intervention chirurgicale pour vérifier l'état du colon et dépister des diverticules multiples du cœcum.



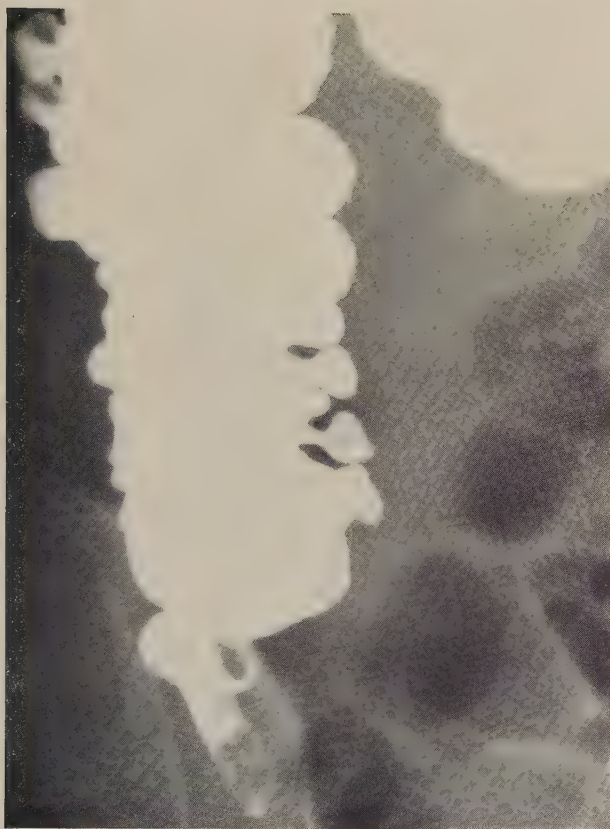
*A. B.*, Homme de 62 ans

Diverticulose étendue à tout le colon. Lavement baryté suivi d'une évacuation partielle. Double contraste. Deux diverticules sont vus sur le cæcum. L'appendice est apparent.



*J. F., Femme de 80 ans*

Diverticulose généralisée. Lavement baryté suivi d'évacuation complète du colon. Deux diverticules apparaissent nettement sur le cæcum. Cette malade est de race noire. Il semble bien que la maladie se rencontre de façon égale chez la race blanche et la race noire.



*A. B.*, Homme de 62 ans

Détail du cæcum montrant au moins trois diverticules sur sa face interne. L'appendice est bien rempli.



## Diagnostic différentiel

---

C'est ici que se présente la première difficulté relative aux diverticulites aiguës du cæcum. Elle en engendrera une seconde : celle du traitement.

Les manifestations cliniques ci-dessus sont peu spécifiques. LEICHTLING leur accorde même bien peu de confiance : pour lui, il n'existe pas de méthode sûre pour arriver au diagnostic exact.

Les autres lésions cæcales ou paracæcales qui sont à inclure dans le diagnostic différentiel sont :

L'appendicite.

L'adénite mésentérique.

Le cancer du cæcum.

Les carcinoïdes.

Les corps étrangers.

Les perforations cæcales.

Les ulcérations de la paroi cæcale.

L'actinomycose.

La tuberculose.

Le volvulus du cæcum.

Les granulomes non spécifiques.

Deux fois, la question se posera au chirurgien : à l'issue de l'examen clinique et à l'ouverture de l'abdomen. L'appendicite étant de loin l'origine la plus fréquente d'un tel tableau spécifique, même chez le vieillard, comme on le voit de plus en plus fréquemment, il est évident qu'elle sera regardée comme le diagnostic de choix.

Deux auteurs rapportent des chiffres significatifs. Pour KIRK, 64 % des diverticulites seront l'objet d'une erreur au profit de l'appendicite, 19 % ne sont pas diagnostiquées et 3,6 % seulement le seront avec exactitude.

Sur 106 cas revus par GREANEY et SNYDER, le diagnostic pré-opératoire est :

|                               |                    |
|-------------------------------|--------------------|
| Appendicite . . . . .         | dans 83 % des cas. |
| Abcès appendiculaire . . . .  | dans 5 % des cas.  |
| Diverticule cæcal . . . . .   | dans 4 % des cas.  |
| Obstruction intestinale . . . | dans 2 % des cas.  |
| Cholécystite aiguë . . . . .  | dans 1 % des cas.  |

Quelques détails peuvent éveiller l'attention et faire découvrir une diverticulite aiguë dans l'ombre d'une banale appendicite.

1° L'évolution du syndrome est plus lente, l'état général étant moins marqué que dans une appendicite.

2° Nausées et vomissements sont absents, ou, plus souvent, seule existe la nausée.

3° Le spasme abdominal existe certainement plus fréquemment que dans l'appendicite. Il devra éveiller l'attention.

4° La douleur initiale est de caractère très aigu, analogue à celle d'une perforation viscérale.

5° Un empâtement de la fosse iliaque droite où une masse peut être palpable.

Ce dernier point est en faveur d'une diverticulite mais peut aussi faire penser à une tumeur infectée. L'appréciation de sa consistance, quand elle est possible, aidera à trancher cette question. Eliminer une tuberculose ou une actinomycose peut être fait au cours de l'interrogatoire du malade.

Dans les ulcères du cæcum, qui sont deux fois plus fréquents chez l'homme que chez la femme, la douleur initiale est aussi aiguë mais son évolution est relativement rapide. (Durée de 8 à 48 heures). (RABINOVITCH).

Cela n'est pas aussi facile lorsqu'il s'agit d'un cancer. On sait que 80 à 90 % des cancers sont vus chez des sujets de plus de 40 ans. Mais on ne peut négliger le fait que 5 % d'entre eux surviennent en dessous de 30 ans et que le cæcum est le troisième lieu de prédilection après le rectum et le sigmoïde pour le développement d'une tumeur

maligne. L'exploration abdominale lèvera bien des doutes quant au diagnostic définitif. Si l'inspection du cæcum n'est pas satisfaisante, une cæcotomie exploratrice permettra de déceler les diverticules cachés dans l'épaisseur de la paroi intestinale. A cette occasion, on se rappellera que le carcinome peut revêtir l'aspect d'un chou-fleur ou celui d'une tumeur infiltrante ou perforante.

On pensera à la tuberculose s'il existe de petits tubercules de la séreuse avec invasion de l'iléon terminal, adhérences et larges ganglions caséeux.

L'actinomycose se traduit par une induration du cæcum et, plus tard, par un drainage contenant des grains sulfureux.

Si la séreuse est granuleuse, la paroi intestinale épaisse, le mésentère œdémateux et les ganglions de nature inflammatoire, on suspectera un granulome qui s'étend aussi à l'iléon.

L'aspect de l'appendice à lui seul permet de se faire une opinion, mais ne saurait évidemment prouver l'absence d'un cancer.

L'existence d'une masse inflammatoire ou d'un abcès rétro-cæcal cachant le diverticule postérieur qui l'a engendré commande la biopsie extemporanée pour dépister un cancer. La nature des ganglions mésentériques peut n'être pas concluante.

Alors seuls le bon sens et l'expérience de l'opérateur feront le diagnostic.

---



## Le traitement

---

L'intervention chirurgicale est décidée. Le choix de l'incision dépend dans une certaine mesure du diagnostic préopératoire. La classique incision de McBurney n'a plus sa place ici car elle ne donne pas une voie d'abord satisfaisante. Il vaut mieux lui préférer une incision transversale basse à hauteur du cæcum, limitée à quelques centimètres de longueur pour une appendicectomie ou pour la résection simple d'un diverticule, aisément étendue si l'on doit se livrer à une résection plus large.

D'autres auteurs préfèrent une incision verticale basse parallèle au bord externe du grand droit de l'abdomen.

Une exploration soigneuse du cæcum révélera soit un ou plusieurs diverticules évidents soit une inflammation cæcale dont l'origine obscure amènera à pratiquer une cæcotomie. Celle-ci sera faite dans une région saine du segment intestinal. L'orifice du diverticule pourra ainsi être mis en évidence. Mais il est des cas, nous l'avons vu, où les diverticules disparaissent au sein d'une masse œdémateuse considérable, et où la biopsie extemporanée devient une nécessité. Elle n'aura de valeur que si elle révèle des cellules malignes. Mais on sait que la seule présence de nécrose et d'inflammation, si elle laisse supposer l'absence de cancer, ne saurait en aucun cas l'affirmer.

L'adénopathie mésentérique sera systématiquement recherchée et un examen microscopique des ganglions sera fait.

Il est plus sûr, dans cette incertitude, de se fier au contexte clinique et de prendre le risque de traiter un cancer hypothétique que d'en négliger un qui soit réel mais d'aspect atypique.

I. — *Le diagnostic de diverticulite est fait.*

a) Il s'agit d'un ou de plusieurs diverticules localement enflammés. S'ils sont facilement identifiables, ils seront réséqués ou invertis et la paroi intestinale refermée avec soin, comme pour une appendicectomie. S'ils sont perforés ou si l'œdème interdit de suturer le cæcum, un simple drainage donnera de bons résultats. L'appendicectomie sera faite pour éviter des complications ultérieures.

b) Le degré d'inflammation est important, la paroi est déjà trop faible pour résister à l'aiguille et le diverticule y est enfoui. Le cæcum sera réséqué ainsi que la partie terminale de l'iléon et une iléostomie sera faite. Cette technique sera délaissée au profit d'une hémicolectomie droite si l'ablation de lésions par trop étendues laisse une brèche difficile à combler.

II. — *Le diagnostic est incertain.*

Il existe deux courants d'opinions quant à la conduite à suivre.

a) *Méthode conservatrice.*

Eviter la résection intestinale en présence d'infection aiguë. Faire un simple drainage (LEICHTLING) ou une extériorisation selon la technique de Rankin ou de Mikulicz (DEGENSHEIN). Commencer la stérilisation de l'intestin avec la sulfasuccidine ou la néomycine avant de procéder à l'hémicolectomie.

La surveillance de l'état du malade et une seconde exploration permettent alors d'éviter une résection inutile ou de la pratiquer dans les meilleures conditions possibles.

b) *Méthode radicale. Exérèse large.*

Toute lésion douteuse sera traitée par l'hémicolectomie droite faite d'emblée. Les moyens modernes, précise SAUTOT, permettent cette approche. La mortalité dans ce cas

n'est que de 11 % sur 18 cas alors que le simple drainage est grevé d'une mortalité de 20 % (ANDERSON).

GREANEY et SNYDER rapportent même de meilleurs résultats, 3 % seulement. Ils attribuent ce succès à l'injection de cinq grammes de néomycine dilués dans 500 cm<sup>3</sup> de sérum physiologique dans la lumière intestinale.

A ce sujet, rappelons que certains auteurs estiment qu'un tel usage de la néomycine est une fausse sécurité. Pour eux, la stérilisation de l'intestin est surtout le résultat d'un nettoyage mécanique suffisamment prolongé (lavements, laxatifs, diète liquide).

Quelle que soit la vérité à ce sujet, il nous semble que les risques opératoires d'une exérèse radicale de nos jours soient moins grands que ceux d'une opération en deux temps chez un malade qui peut se débilitier dans l'intervalle. D'autre part, nous insisterons sur le fait qu'en présence d'une tumeur maligne, on doit s'en tenir au minimum de manipulations pour diminuer les chances d'essaimage des cellules cancéreuses. Donc réduire le traumatisme opératoire et le nombre des interventions.

Avant de terminer ce chapitre, nous tenons à signaler le cas où le diagnostic est fait à coup sûr. Par exemple, s'il s'agit d'un malade jeune, ayant eu déjà une appendicectomie et porteur d'une diverticulose cæcale latente, on pourra se contenter d'un traitement purement médical : diète absolue, réhydratation et apport calorique par voie parentérale et antibiotiques. Ce traitement ne vaudra qu'autant qu'il ne se déclarera pas de péritonite.



## Récidives et complications

---

Les complications post-opératoires sont imputables au traitement plus qu'au diverticule lui-même. Elles ne sont pas explicitement rapportées dans la littérature. Toutefois, nous pouvons admettre qu'elles dépendent étroitement de l'état du malade et du type d'opération envisagée. Elles sont celles de toute chirurgie abdominale. Le cas de POTIER et notre cas n° 2 montrent qu'elles ne sont pas à négliger et que même une intervention simple comme une cœcostomie n'est pas à l'abri des plus désagréables surprises.

Avant l'opération, la lenteur relative de la période d'installation de la maladie favorise la survenue d'une péritonite ou tout au moins d'une irritation péritonéale qui mènera à un iléus paralytique et son corollaire : la dénutrition. Parmi les troubles métaboliques, acidose et déshydratation sont les plus courants. L'hématocrite et l'analyse d'urine (à la recherche d'une acétonurie) donneront l'alarme et feront administrer l'eau, le glucose et les électrolytes nécessaires. La mortalité après hémicolectomie varie de 3 à 11 % selon les auteurs. 20 % de mortalité sur 5 cas de drainage simple ne peuvent nous convaincre que le taux léthal soit si élevé. Peut-être l'état critique de ces malades avait-il fait choisir cette méthode thérapeutique, et en avait aggravé le pronostic.

L'excision locale et cœcale se greève de 4 ou 5 % de décès post-opératoires. Pourquoi ce chiffre est-il notablement plus élevé que celui des appendicites ? Le diagnostic plus tardif et l'âge relativement plus élevé pourraient expliquer cette différence.

Une récurrence est-elle possible ? KIRK rapporte un cas traité par cœcostomie sans excision du diverticule et suivi de deux nouvelles crises aiguës.

Pour la prévoir, car elle est théoriquement possible, il convient de soumettre le malade après sa convalescence à un lavement baryté qui dépistera les diverticules associés.

---

## Conclusions

---

La diverticulite aiguë du cæcum compte parmi les plus rares des causes chirurgicales d'abdomen aigu. Mais l'expérience a prouvé que tout médecin peut se trouver face à face avec cette urgence, et avec les difficultés diagnostiques et thérapeutiques qui l'accompagnent. C'est pourquoi nous avons essayé de réunir ici les données destinées à orienter la conduite du chirurgien.

Les diverticules cæcaux sont infiniment plus rares que ceux du sigmoïde. Latents, ils constituent une découverte radiologique. Qu'ils soient solitaires ou multiples, ils peuvent s'infecter ou se perforer soudainement pour réaliser un tableau aigu.

L'association à des diverticules du sigmoïde diminue les risques de diverticulite cæcale, laquelle, d'autre part, ne subit pas l'influence du sexe et peu celle de l'âge. (Âge moyen : 40 ans). Ceci découle du fait que nous n'avons pas rencontré dans la littérature de cas où soit mentionnée la présence simultanée de diverticules enflammés et de diverticules du colon gauche. La plupart des auteurs insistent sur le fait que le nombre des diverticules cæcaux doit être réduit à un ou à un total voisin de trois au quatre au maximum pour que l'inflammation aiguë soit possible.

Un dernier argument en faveur de ce point est que parmi les cas de diverticulose multiple du colon de découverte radiologique que nous avons revus, aucun n'a souffert de diverticulite cæcale alors que plusieurs autres accusaient des troubles dus à une diverticulite du sigmoïde.

L'origine congénitale du diverticule cæcal est la plus vraisemblable : c'est la persistance des appendices multiples embryonnaires. Toutefois, on ne peut rejeter totalement une hernie ou un traumatisme de la paroi comme étant capables de provoquer cette anomalie.

Au point de vue chirurgical, on peut voir les diverticules apparaître comme de véritables doigts de gants ou disparaître dans l'épaisseur de la paroi intestinale.

D'autres fois, une masse inflammatoire et œdémateuse considérable peut les masquer complètement au point d'égarer le diagnostic.

Le tableau clinique est relativement aisé à reconstituer. La douleur dans la fosse iliaque droite, la nausée et la fièvre ; la douleur à la palpation, les signes d'irritation péritonéale, tous constituent des signes importants. Mais nous insisterons surtout sur l'évolution plus lente que dans l'appendicite, l'absence des vomissements, le caractère très aigu de la douleur initiale, et, moins digne de confiance, l'empâtement de la fosse iliaque droite. L'anamnèse, malgré la notion d'urgence, ne devra pas être négligée.

Le diagnostic différentiel reste difficile. Même l'exploration chirurgicale ne lève pas tous les doutes. La biopsie extemporanée lui viendra en aide pour dépister un cancer du cæcum. Mais elle n'est pas infaillible et l'expérience du chirurgien jointe à son impression clinique est le seul élément qui puisse parfaire le diagnostic, dont dépend étroitement le traitement.

Celui-ci peut être une excision locale simple de la lésion si elle est bien délimitée. La cæcostomie suivie de drainage sera employée si le cæcum ne peut pas soutenir une suture solide. L'hémicolectomie s'impose quand le dommage causé à l'intestin est par trop grand, ou dès qu'un cancer cæcal est suspecté. Elle devra être faite d'emblée, sans risquer une seconde opération.

Il convient de peser les risques imputables à chaque méthode en fonction des risques attachés à une erreur de diagnostic. L'hémicolectomie faite pour une lésion infectieuse bénigne est moins grave que la manipulation intempestive d'une tumeur maligne.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

*Le Recteur de l'Académie de Paris :*

J. SARRAILH.

*Le Doyen de la Faculté  
de Médecine :*

L. BINET

*Le Président  
de la Thèse :*

H. DESGREZ

## Bibliographie

---

- BOOZER (T. S.). — Diverticulitis of the cecum. *Journal of the Medical Association of the State of Alabama*, 25 (2), Aug. 1955.
- BUTLER (D. B.), MILLER (G. V.). — Solitary diverticulitis of the cecum. Report of a case. *A.M.A. Archives of Surgery*, 68 (3), Mar. 1954.
- DEGENSHEIN (G. A.). — Diverticulitis of the right colon. *A.M.A. Archives of Surgery*, 76 (4), April 1958.
- DEXTER (C. J.). — Acute diverticulitis of the cecum with perforation. *The American journal of Surgery*, 90 (3), Sept. 1955.
- GREANEY (E. M.), SNYDER (W. H.). — Acute diverticulitis of the cecum encountered at emergency surgery. *The American Journal of Surgery*, 94 (2), Aug. 1957.
- KIRK (T. A. Jr.). — Solitary diverticulitis of the cecum simulating acute appendicitis. *Virginia Medical Monthly*, 80 (11), Nov. 1953.
- JOHN (N.). — Solitary diverticulum of the cecum, report of three cases. *Australian and New Zealand Journal of Surgery*, 26 (4), May 1957.
- LEDoux-LEBARD (R. et G. R.). — Manuel de Radiodiagnostic clinique. 2<sup>e</sup> édition, Masson, Paris.
- LEICHTLING (J. J.). — Acute cecal diverticulitis. *Gastroenterology*, 29 (3), 1955.
- MANN (R. W.). — Solitary cecal diverticulitis. *A.M.A. Archives of Surgery*, 76 (4), April 1958.
- NISSENBAUM (J.), SPARKS (A. J.), ELLISON (G. R.). — Cecal diverticulum, report of a case diagnosed by roentgen ray and surgically proved ; review of the original literature. *American Journal of Roentgenology, Radium Therapy and Nuclear Medicine*, 73 (4), April 1955.
- PELVER; PUDERBACH. — Solitary diverticulitis of the cecum. *New-York State Journal*, 85 (6), June 1953.
- PINNA, PULCINI. — Su un caso di diverticolate acuta del cieco. *Chirurgia Italiana*, 8 (3), 1955-1956.
- POTIER (F.). — Diverticulite et appendicite. *Bulletins et Mémoires de la Société anatomique de Paris*, 6<sup>e</sup> série, Tome XIV, 87 (29), 1912.

- RABINOVITCH (J.), RABINOVITCH (P.), LIPTON (R.). — Acute solitary ulcer of the cecum. *A.M.A. Archives of Surgery*, 77 (1), July 1958.
- SANDERSON (F. R.), MADIGAN (H. S.). — Solitary diverticulitis of the cecum and of the transverse colon. *Medical Annals of the District of Columbia*, 23 (10), Oct. 1954.
- SAUTOT (J.). — Diverticulite aiguë du cæcum ; hémicolectomie droite ; guérison. *Lyon Chirurgical*, 50 (6), Aug., Sept. 1955.
- SCHAAF (J.). — Das solitaere Cecumdivertikel. *Chirurg.*, 28 (1), Jan. 1957.
- SONNELAND (J.), ANSON (B. J.). — Surgical anatomy of the arterial supply to the colon from the superior mesenteric artery. based upon a study of 600 specimens. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, 106 (4), April 1958.
- UNGER (H. M.). — Solitary diverticulitis of the cecum. *The American Journal of Surgery*, 85 (6), June 1953.
- WAITE (V. C.). — Diverticulitis of cecum. *The American Journal of Surgery*, 88 (5), Nov. 1954.

PHOTOGRAPHIES DE L'AUTEUR  
D'APRÈS DES RADIOGRAPHIES DE LA COLLECTION  
DE HURON ROAD HOSPITAL

---

## Table des Matières

---

|                                             |    |
|---------------------------------------------|----|
| INTRODUCTION .....                          | 9  |
| HISTORIQUE .....                            | 11 |
| <i>Présentation de deux cas aigus</i> ..... | 13 |
| <i>Incidence</i> .....                      | 17 |
| <i>Etiologie</i> .....                      | 23 |
| <i>Anatomie pathologique</i> .....          | 25 |
| <i>Signes cliniques</i> .....               | 27 |
| <i>Signes radiologiques</i> .....           | 31 |
| <i>Diagnostic différentiel</i> .....        | 33 |
| <i>Le traitement</i> .....                  | 37 |
| <i>Récidives et complications</i> .....     | 41 |
| CONCLUSIONS .....                           | 43 |
| BIBLIOGRAPHIE .....                         | 45 |

---

---

IMPRIMERIE DE TRÉVOUX (AIN). — J. PATISSIER.

---



